Nr. 6-7 (36-37) Warszawa, Październik i Listopad 1930 r. Rok V.

PRZEGLĄD AKUSZERYJNY

MIESIĘCZNIK

ORGAN ZWIĄZKU AKUSZEREK RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

ZWIĄZEK JEST CZŁONKIEM MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU AKUSZEREK.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, HOŻA 56 m. 9. Telef. 416-56.
czynna od 5½ — 7½ po poł. Konto w P. K. O. 124-10.

Prenumerata w Warszawie kwartalnie zł. 1.50, na prowincji 2 zł. Numer pojed. 60 gr.
Miesięczna składka członkowska zł. 2. Wpisowe jednorazowo 5 złotych.

TREŚĆ

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych

z dnia 2 V 1929 r.

o instrukcji dla położnych

wyszło w oddzielnej odbitce nakładem Związku i jest do nabycia w Kancelarji Zarządu Głównego po 60 gr. egzemplarz.

Oddziały zechcą o powyższem zawiadomić p. p. lekarzy powiatowych.

Konto pocztowe Zarządu Głównego Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej jest opatrzone Nr. 12410. Wszelkie składki, prenumeratę i inne należności dla Głównego Zarządu można wpłacić na konto 11410 w najbliższym urzędzie pocztowym.

Na sanatorjum dla koleżanek chorych zostało otwarte konto w P. K. O. Nr. 17055.

Prosimy o uregulowanie zaległych składek członkowskich.

Nr. 6-7 (36-37) Warszawa, Październik i Listopad 1930 r. Rok V.

PRZEGLĄD AKUSZERYJNY

MIESIĘCZNIK

ORGAN ZWIĄZKU AKUSZEREK RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

ZWIĄZEK JEST CZŁONKIEM MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU AKUSZEREK.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, HOŻA 56 m. 9. Telef. 416-56.
czynna od 5 1/2 — 7 1/2 po poł. Konto w P. K. O. 124-10.

Prenumerata w Warszawie kwartalnie zł. 1,50, na prowincji 2 zł. Numer pojed. 60 gr.
Miesięczna składka członkowska zł. 2. Wpisowe jednorazowo 5 złotych.

Sposoby badania położniczego.

Podał doc. dr. med. H. Beck.

Badanie położnicze ma na celu ustalenie:

1. czy osoba badana jest wogóle w ciąży,
2. czy jest pierwiastką lub wieloródką,
3. czy jest ciężarną, czy rodzącą,
4. jeśli jest ciężarną, to w którym miesiącu ciąży, jeśli zaś rodzącą to w którym okresie porodu,
5. Jakie jest położenie płodu (czy niema ciąży mnogiej),
6. kiedy odbędzie się poród i jak będzie przebiegał,
7. jak przedstawiają się sutki w odniesieniu do zdolności karmienia piersią.

Stwierdzenie obecności ciąży napotyka nie rzadko na trudności w pierwszej połowie, rzadziej w drugiej połowie ciąży, jakkolwiek i tu zdarzać się mogą pomyłki w przypadkach obumarcia płodu, oraz w innych patologicznych warunkach, np. w wielowodziu, albo w powikłaniach z guzami.

Dla rozpoznania ciąży zużytkowuje się wszystkie zmiany w częściach rodnych i w całym uztroju kobiety, jakie tylko są znane. Zmiany te są jednak pod względem swych wartości różne. Dzieli się je na: *pewne, prawdopodobne i domyślne* objawy ciąży. Stwierdzenie jednego objawu pewnego wystarczy do rozpoznania ciąży z całą stanowczością. Stwierdzenie kilku objawów prawdopodobnych równocześnie, uważać należy również jako pewne rozpoznanie ciąży, pod-

czas gdy objawy domyślne służyć mogą tylko jako wzmocnienie innych objawów.

Do objawów *pewnych* należą wszystkie zjawiska zależne od płodu, a więc: wybadanie części płodu, wyczucie lub wysłuchanie ruchów płodu, wysłuchanie tętna płodu lub szmeru pępowinowego, stwierdzenie kośćca płodowego rentgenologicznie.

Objawy *prawdopodobne* są związane głównie ze zmianami, stwierdzonemi w częściach rodnych oraz ze zmianami barwikowemi.

Są to: 1 ustanie dotychczas regularnego miesiączkowania,

2. zasinienie i rozpulchnienie błon śluzowych części rodnych dostępnych dla oka, powiększenie, rozpulchnienie i kulistość trzonu macicy, wybitne zwiększenie szyji macicy w okolicy ujścia wewnętrznego (I objaw Hegara), utrzymywanie się wytworzonego w czasie badania fałdu w ścianie macicy (II objaw Hegara), wypuklenie jednego rogu macicy (objaw Piskaczka),

3. zabarwienie linji środkowej brzucha i obwódek brodawek sutkowych, plamy pigmentu na szyji i twarzy w postaci ostudy ciężarnych, obecność siary w sutkach,

4. odczyn Abdelhardena,

5. odczyn wzrostu luteinizacji i ruji u niedojrzałej białej myszy.

Objawy *domyślne*:

1. powiększenie brzucha i występowanie rozstępów,

2. nudności, ślinotok, wymioty bez wyraźnego powodu, zwłaszcza rano, nieregularne wypróżnienia, apetyt spaczony, odraza od pewnych potraw lub zapachów,

3. zaburzenia nerwowe, zmiana usposobienia, bóle głowy, zwiększenie się dermografji.

Wywiad nie powinien się ograniczyć do samej ciąży, lecz rozciągać również na te wszystkie objawy, które w jakikolwiek sposób mogą wpłynąć na przebieg porodu.

Ażeby nie zapomnieć o niczem ważnem, należy trzymać się stałego porządku w zadawaniu pytań, np.

Wywiad ogólny:

1. wiek, warunki życia,

2. stosunki dziedziczne (gruźlica, kiła, choroby nerwowe, bliźnięta w rodzinie),

3. przebyte choroby (krzywica, szkarlatyna, błonica, zapalenie stawów, angina, choroby serca i nerek),

4. Wystąpienie pierwszej miesiączki.

Wywiad szczegółowy:

1. która ciąża,
2. przebieg poprzednich porodów i poronień,
3. ostatnia miesiączka,
4. pierwsze ruchy płodu,
5. obniżenie się brzucha,
6. zaburzenia podczas ciąży (wymioty, obrzęki, bóle głowy i t. d.).

Za najbardziej odpowiedni wiek dla pierwszego porodu należy uważać okres od 20 — 24 roku życia w naszym klimacie. Pierwszy poród po 27 roku życia stosunkowo często powoduje powikłania położnicze ze strony części miękkich kanału rodnego, oraz usposabia do późniejszego wypadania macicy. Pozatem praktycznie jest rzeczą ważną, że prowadzenie porodu u starych pierwiastek musi być bardzo staranne. Należy dbać o unikanie przedwczesnego użycia tłoczni brzusznej oraz zachować się możliwie wyczekująco.

Następstwa wieku dotyczą jednak tylko pierwszego porodu. Kobieta, która pierwszy poród odbyła wcześnie, niema się co obawiać jakichkolwiek szkodliwych następstw dalszych porodów, choćby w późnym wieku. Na ogół panuje zdanie, że poród drugi i następne zwykły przebiegać szybciej i łatwiej niż pierwszy, nawet wtedy, gdyż dzielą je od siebie dłuższe przerwy. Dlatego stwierdzenie ile porodów pacjentka odbyła, posiada dla rokowania przy zbliżającym się obecnie porodzie znaczenie dużej wagi. Nie należy jednak zadawalać się wiadomościami podanemi przez pacjentkę, lecz odszukać przy badaniu przedmiotowe objawy przebytych porodów, gdyż częstokroć pacjentka zataja je z różnych względów. Nie bez znaczenia jest również sprawa trybu życia. Naogół spodziewać się należy tem lżejszego porodu, im bardziej wygimnastykowana jest pacjentka, wiadomą jest rzeczą, że kobiety, które przyzwyczajone są do wysiłków fizycznych, rodzą łatwo, podczas gdy osobniki słabe lub nadmiernie otyłe często wykazują zaburzenia podczas porodu.

Stosunki dziedziczenia zajmują uwagę badającego, ponieważ różne choroby powtarzać się mogą na podstawie dziedzicznych skłonności. Przedewszystkiem zaznacza się wybitny wpływ skłonności do gruźlicy i chorób nerwowych (psychozy połogowe). Nie bez znaczenia również jest zdarzanie się porodów bliźniaczych w rodzinie, które to zjawisko w obrębie tej samej rodziny się powtarza.

Przebyte choroby wpływać mogą wybitnie na stworzenie niedogodnych warunków dla porodu. Krzywica, wyciskająca swe piętno na kośćcu, pozostawić może po sobie zmiany miednicy, prowadzące

do zaburzeń porodowych. Nie należy zatem nigdy pominąć pytania, w którym roku życia pacjentka zaczęła chodzić.

Choroby zakazne przebyte mogą pozostawić ważne dla położnika zmiany, przedewszystkiem wady zastawkowe serca, schorzenia mięśnia sercowego i nerek, które, wobec ich specjalnej wagi dla ciąży i porodu, nie powinny być nigdy pominięte. Do tego dołączyć należy choroby weneryczne z ich niekorzystnym wpływem na życie płodu (kiła), oraz niebezpieczeństwem ropnego zapalenia spojówek noworodka, jak i zachorzeń położnicy (rzeżączka). Zaznaczyć jeszcze tylko można, że istnieje cały szereg schorzeń, okaleczeń i operacji, które pozostawiają ważne dla ciąży i porodu zmiany, a których z osobna wymienić nie sposób.

Również i okres pokwitania nie pozostaje bez znaczenia dla porodu. Wystąpienie tego okresu w wieku późniejszym może być cechą pewnego niedorozwoju, który często łączy się z wadliwym rozwojem kostnej miednicy i narządów rodnych, albo też stoi w ścisłym związku z przewlekle przebiegającemi chorobami (gruźlica), odchyleniami typu konstytucyjnego, z których na plan pierwszy wysunąć należy wadliwą współpracę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Spotkać się można w tych przypadkach ze zwężeniami miednicy, niepodatnością części miękkich, osłabieniem bólów porodowych, zaburzeniami w odklejaniu się łożyska, występowaniem niedowładu macicy, niedorozwojem sutek i trudnościami w karmieniu piersią. Wszystko to są sprawy nie pozbawione znaczenia wobec zbliżającego się porodu. Stwierdzenie ich i ocena może się uważnemu lekarzowi sowicie opłacić przez uniknięcie i uchylenie poważnych powikłań, grożących udzielającej wywiadu pacjentce podczas porodu.

Czas trwania porodu jest zależny w dość szerokich granicach od tego, czy rodząca jest pierwiastką czy wieloródką. Jak już zaznaczono, liczba przebytych ciąży nie przechodzi bez śladu, Rozciągliwość pochwy i podatność krocza wzrasta. Na skutek tego każdy następny poród staje się łatwiejszym. Z drugiej jednak strony zaznaczają się również i wpływy ujemne. Wielkość i waga płodu wzrastają zwykle do 5—6 porodu. Zjawisko to może się odbić niekorzystnie w stosunku do prognozy porodu w przypadkach zwężenia miednicy. Na skutek wiotkości ścian macicy przyjść może u wieloródek częściej do położeń poprzecznych, i skośnych, oraz do położeń miednicowych. Również częściej spotyka się u wieloródek z łożyskiem przodującem. Nierzadko zdarzają się powikłania w trzecim okresie porodu. Blizny powstałe

na części pochwowej i w pochwie na skutek przebytych porodów operacyjnych mogą stanowić nieraz przeszkodę porodową.

Przebieg poprzednich porodów może dać cenne dane w sprawie rokowania zbliżającego się porodu. Dane te stają się tem bardziej ważne jeśli dotyczą przypadku zwężenia miednicy, gdyż każdy typ ścieśnionej miednicy posiada niejako własny mechanizm porodowy. Oczywiście, że dane te należy porównać z faktem wzrostu wagi płodów w granicach 5—6 następujących po sobie porodów, oraz z położeniem płodu w obecnej ciąży.

Czas ostatniego miesiączkowania jest najważniejszym czynnikiem służącym do obliczenia wieku i zaawansowania ciąży, przy wypytaniu się jednak o ostatnią miesiączkę należy również zawsze wypytać, czy poprzednia t. j. przedostatnia była w swym czasie, czyli czy ostatni okres międzymiesiączkowy odpowiada typowi miesiączkowania danej pacjentki. Nierzadko zdarza się bowiem, że przy typie miesiączkowym nieregularnym traci się najważniejszy czynnik służący do obliczenia daty porodu, oraz naraża się na wielotygodniowe pomyłki, o ile zajście w ciążę poprzedził okres braku miesiączki z przyczyn od ciąży niezależnych. Omyłki takie mogą również powstać wskutek nie zbyt rzadkich krwawień występujących w pierwszych tygodniach ciąży, nie mających nic wspólnego z miesiączką, a zależnych od zaburzeń w rozwoju jaja, lub od zagrażającego poronienia, które kończy się utrzymaniem ciąży. *Pewna* wiadomość, że miesiączka trwa regularnie, w granicach danego typu miesiączkowego, pozwala z całą pewnością wykluczyć istnienie ciąży. Natomiast wniosek odwrotny jest niedopuszczalny, wiadomo bowiem, że przejściowe ustanie miesiączkowania może się niejednokrotnie zdarzyć, a stan ten wywołany bywa przez przyczyny nie zawsze łatwe do stwierdzenia (wpływy psychiczne, gruźlica, chloroza, zmiany klimatu).

Oznaczenie daty porodu polega na doświadczeniu, że czynność porodowa występuje przeciętnie w 280 dni po pierwszym dniu ostatniej miesiączki. Obliczenie to, jakkolwiek najpewniejsze, stosować należy w przypadkach pojedyńczych z ostrożnością, a otrzymaną datę porodu uważać za ścisłą jedynie w przybliżeniu. Jest przeto rzeczą korzystną zużytkować i inne czynniki mogące posłużyć do oznaczenia wieku ciąży. Pierwsze ruchy płodu występują zwykle u pierwiastek w 20-ym tygodniu ciąży, wieloródki czują je o dwa tygodnie wcześniej.

Obniżenie brzucha (dna macicy) zaczyna się w 36-tym tygodniu ciąży, obniżenie to zjawia się zwykle dość nagle i łączy się z uczuciem ulgi w oddychaniu u kobiet ciężarnych, oraz zmniejszeniu obwo-

du w pasie. Czas więc wystąpienia tego obniżenia przepowiada na 3—4 tygodnie naprzód rozpoczęcie porodu.

W wywiadzie ciężarnej znajdzie się zwykle cały szereg skarg przedewszystkiem na dolegliwości przy oddawaniu moczu, wywołane zwykle przez czynniki mechaniczne, na obrzęki zwłaszcza kończyn dolnych, zaparcie stolca, trudności w oddychaniu oraz niezbyt rzadko na inne objawy uciskowe.

Właściwe badanie położnicze przedmiotowe, które z wywiadem powinno łączyć się w jedną całość, ma na celu oprócz stwierdzenia ogólnego stanu zdrowia (stan płuc, serca i nerek — rozbiór moczu w każdym przypadku!) poszukiwanie zmian takich jak *caput quadratum* wygięcie kończyn, zgrubienia kości w okolicy stawów, różaniec krzywiczy, nieprawidłowy kształt zębów. Zmiany te świadczące o przebytych chorobach kości lub stawów (krzywica rozmiękkanie kości, *chondrodystrophia)*, mają wybitny wpływ na odkształcenie miednicy, są przeto bardzo ważne w przebiegu porodu. Również i schorzenia natury ogólnej, mogące grozić niebezpieczeństwem rodzącej lub dziecku, muszą być rozpoznane, względnie wykluczone. Związek pomiędzy wywiadem, a badaniem dotychczas opisanem polega na tem, że wywiad zwraca uwagę na pewne odchylenia od stanu prawidłowego, które powinny być badaniem stwierdzone.

Również badanie w ten sposób ujęte musi być usystematyzowane aby uniknąć powtarzania się chwytów i wielokrotnych zmian położenia pacjentki. Dlatego jest rzeczą wskazaną ze względów praktycznych trzymać się pewnej kolejności w badaniu poszczególnych części ciała, ażeby badanie jak najbardziej uprościć i wyłączyć możliwość zapomnienia lub pominięcia jakiegoś ważnego szczegółu.

W ogólnych zarysach schemat badania przedstawia się następująco:

1. badanie ogólne w kolejności znanej (głowa, szyja, klatka piersiowa, brzuch, kończyny)

2. zewnętrzne badanie położnicze wraz z pomiarem miednicy,

3. wewnętrzne, względnie zestawione badanie położnicze (ewentualnie z pomocą wziernika, wydzielina pochwy, wewnętrzne pomiary miednicy, zbadanie moczu i ciśnienia krwi),

4. specjalne badania: pobranie krwi do odczynu Wassermana lub Abderhaldena, fotogram Roentgena, pobranie moczu dla odczynu biologicznego u myszy białych.

Jeśli badanie ma być przeprowadzone bez straty czasu i zmęczenia pacjentki, muszą być wszystkie potrzebne przedmioty i narzędzia

z góry przygotowane. Są to: słuchawka, słuchawka położnicza, miednicomierz, wyjałowione wzierniki, cewnik, flaszka na zebranie moczu, kilka probówek, płyn odkarzający (sublimat lub lysoform), wyjałowione waciki, oraz wszystko niezbędne do wyjałowienia rąk. Badana powinna być na tyle rozebrana, aby ubranie nie kolidowało z aseptyką. Ułożenie na stole do badań, czy na kanapce według przyzwyczajenia badającego.

Po tych przygotowaniach rozpoczyna się od oględzin głowy, twarzy i szyji *(rhachitis, scrophulosis, struma).* Następuje badanie płuc i serca, przyczem dość jest sposobności do obejrzenia plam pigmentowych i ostudy macicznej na twarzy szyji, i sutkach.

Badanie sutków daje wskazówki co do przebycia przez badaną uprzednio porodów, oraz co do możliwości karmienia piersią. Stwierdza się rozrost gruczołów mlecznych, ilość tkanki tłuszczowej i przeświecanie naczyń krwionośnych. Dobrze rozrośnięty gruczoł, cienka skóra i skompość tkanki podskórnej, oraz sieć naczyń przemawiaja wraz z chwytną brodawką za obfitością pokarmu w połogu i łatwością karmienia piersią. Różnice kształtu sutka mają dość szerokie granice charakterystyczne (u pierwiastek najszerszy obwód u podstawy sutka, u wieloródek blizny po rostępach).

W ciąży widać pozatem powiększenie obwódki brodawki i większą ilość gruczołów Montgomery'ego. Kształt najbardziej odpowiedni do karmienia daje typ brodawki cylindrycznej o średnicy i wysokości około 1 cm. Brodawki wciągnięte lejkowo utrudniają w wysokim stopniu karmienie, co daje często powód do powstawania jątrzących się pęknięć. Po inspekcji i palpacji sutków następuje badanie na zawartość siary z pomocą uścisku wywieranego od podstawy ku brodawce ruchem wyciskającym. (Obecność siary w sutkach jest tylko jednym z objawów prawdopodobnych). Pamiętać przy tem należy o terminie ostatniego porodu, zdarzyć się bowiem może, że wyciśniętych kilka kropli pokarmu młodej matki wzięte będą fałszywie jako objaw nowej ciąży).

Następuje badanie brzucha. Oględziny zewnętrzne przekonują badającego o wysklepieniu brzucha, zabarwieniu linji środkowej, zachowaniu się pępka i o rozmieszczeniu rostępów względnie blizn po rostępach. Nierzadko spostrzec można, zwłaszcza w późniejszych miesiącach ciąży, ruchy płodu, a podczas porodu, — stawianie się macicy. Kształt brzucha jest szczegółem nader ważnym. Stwierdzenie brzucha śpiczastego u pierwiastki świadczy o pewnym braku miejsca w jamie

brzusznej, braku spowodowanym czy to przez patologiczne wygięcie kręgosłupa, czy to przez zwężenie miednicy, nie pozwalające na obniżenie się części przodującej płodu. U wieloródek powstawanie brzucha śpiczastego lub obwisłego zależy zwykle od zwiotczenia powłok brzusznych. Zmian tych nie wolno pominąć, dają one bowiem często powikłania porodu. Z reguły w powiększeniu brzucha przeważa kierunek podłużny. Rozlanie na boki świadczy o dużej wielkości macicy i może nasuwać myśl o nieprawidłowem położeniu płodu. We wczesnych miesiącach ciąży (o czem poniżej będzie mowa) następuje w tym momencie badania, badanie zestawione, połączone z oględzinami części rodnych zewnętrznych. W ostatnich miesiącach ciąży, względnie podczas porodu następuje stwierdzenie obecności płodu w macicy, oraz ustalenie jego położenia. W tym celu najlepiej posługiwać się kolejno chwytami Leopolda, dającymi dokładny obraz, tak wielkości macicy jak położenia płodu oraz stosunku części przodującej do miednicy. Chwyty te stosować należy w kolejności następującej.

1. Chwyt określający część przodującą i jej stosunek do wchodu miednicy (balotowanie, przyciśnięcie lub zaklinowanie do wchodu, ustalenie we wchodzie), (IV chwyt Leopolda).

2. Chwyt obejmujący dno macicy (określenie wysokości dna oraz zawartości, główka czy miednica?) (I chwyt Leopolda).

3. Chwyt stwierdzający stronę grzbietu płodu (jednostajny opór odpowiada grzbietowi, po stronie przeciwnej wyczucie mięśni drobnych) (II chwyt Leopolda).

(W położeniach twarzowych przy chwycie ostatnim wyczuwa się opór jednostajny po tej samej stronie, po której w dnie znaleźć można części drobne, ciała płodu wygięte w kształcie litery *S*. W położeniach poprzecznych tym samym chwytem oznacza się po jednej stronie badanej obecność główki płodu, po stronie przeciwnej pośladków płodu nad wchodem brak części przodującej).

Badanie to powinno być wykonane łagodnie z unikaniem gwałtownych ruchów i wywierania silnego uścisku, gdyż te wywołują skurcze macicy utrudniające badanie. Jeśli już taki skurcz nastąpił, należy wyczekać aż macica zwiotczeje, ta sama reguła obowiązuje badanie podczas porodu, kiedy to położenie płodu określa się wyłącznie podczas przerwy między bólami.

Wiadomości o życiu płodu uzyskuje się przez wyczucie jego ruchów, oraz przez wysłuchanie tętna płodowego. To ostatnie pojawia

się między 18 a 20-ym tygodniem ciąży. Wysłuchuje się je albo uchem przyłożonem wprost do powłók brzusznych, albo z pomocą położniczej słuchawki o szerokim lejku. Tętno płodu jest najwyraźniej słyszalne po stronie grzbietu płodu, bliżej główki. Wyjątek od tego prawidła stanowią położenia defleksyjne. Z reguły tej wynika na odwrót, że miejsce w którem najgłośniej wysłuchuje się tętno płodu daje pewne wskazówki co do położenia płodu w macicy (np. tętno po stronie prawej pod pępkiem = położenie główkowe drugie; tętno płodu po stronie lewej nad pępkiem = położenie miednicowe pierwsze).

W położeniach odgięciowych (defleksja) tętno płodu słychać najwyraźniej nie po stronie grzbietu, a po stronie klatki piersiowej płodu (wysłuchanie tętna pod pępkiem po tej samej stronie po której w dnie znajdują się części drobne płodu = podejrzeniu na położenie twarzowe lub czołowe płodu)

W ciąży bliźniaczej słychać zwykle dwa tętna o różnej częstości uderzeń, wysłuchiwane równocześnie przez 2 osoby, pośrodku zaś znajduje się pas wolny w którym żadnego tętna nie słychać.

Jest rzeczą łatwo zrozumiałą, że słyszalność tętna postępuje wraz z rozwojem płodu czyli z trwaniem ciąży. Jak rytm (140 uderzeń na minutę) zdawałby się wykluczać omyłkę, polegającą na wysłuchaniu tonów serca matki, nie należy nigdy zaniedbać podczas wysłuchiwania tętna płodu porównania tych dwóch rytmów, przez równoczesne wyczucie tętna matki na tętnicy promieniowej. Ze zjawisk akustycznych zdarza się jeszcze wysłuchanie szmeru łożyskowego lub macicznego (= tętno matki), szmeru pępowinowego (= tętno płodu), szmerów bez żadnego rytmu, (są to przelewania jelitowe i głuche ruchy płodu).

Brak tętna płodu nie oznacza wcale pewności jego obumarcia. O obumarciu płodu świadczyć może zniknięcie słyszalnego dawniej tętna bez zmiany położenia płodu. W pierwszej połowie ciąży stwierdzenie obumarcia płodu przy zachowanej ciągłości błon płodowych jest prawie niemożliwe.

Następnym etapem badania położniczego jest zmierzenie zewnętrzne miednicy. Jakkolwiek zwłaszcza w ostatnich czasach wymiarom tym przestano przypisywać tak duże znaczenie, jakiemi cieszyły się dawniej, nie można im jednak odmówić zupełnego braku wpływu na przebieg porodu. Zaznaczyć trzeba, że pomiary zewnętrzne dają obraz dość powierzchowny i mało szczegółowy konfiguracji płaszczyzny wchodu oraz próżni miednicy kostnej. Mają one wtedy znacznie, gdy wy-

miary odbiegają dość znacznie, od normy, pozwalając wówczas na stawianie wniosków co do zniekształcenia miednicy. Jeden moment stanowi pod tym względem wyjątek: jest to stosunek pomiędzy wymiarem międzygrzebieniowym, a międzykolcowym. Różnica wynosi normalnie 3 — 4 cm na korzyść wymiaru międzygrzebieniowego. Jeśli ta różnica jest mniejszą od normy, względnie wymiary obu są równe, co więcej, wymiar międzykolcowy przewyższa wymiar międzygrzebieniowy, to stan ten świadczy prawie z całą pewnością o krzywiczem spłaszczeniu miednicy, jednakże bez jakichkolwiek wskazówek, tyczących się stopnia tego spłaszczenia.

Poza stosunkiem tych dwuch wymiarów mierzy się odległość pomiędzy dużymi krętarzami (31—32 cm), oraz oznacza się sprzężnę zewnętrzną (Beaudeloque) 20—21 cm.

Rzut oka na kończyny dolne wystarczy do ocenienia ewentualnych szablastych wygięć, obrzęków, żylaków.

W następujących oględzinach części rodnych zewnętrznych pamiętać należy, prócz zmian na nich wywołanych przez ciążę, również i o stwierdzeniu wymiarów wychodu miednicy szczególnie poprzecznego (*tubera osis ischii* — 9 cm), oraz o sprawdzeniu kształtu łuku łonowego (Sellheim). Pewną rolę w prognozie porodu odgrywa również kąt nachylenia miednicy, jakkolwiek zmieni się on w miarę rozwoju ciąży (Mandelstamm). Podczas oględzin należy zwrócić uwagę na ewentualne objawy zapalne, wydzieliny względnie wydobywającą się krew. Niewolno niedostrzec owrzodzeń kiłowych, wrzodu miękkiego, kłykcin płaskich i szpiczastych lub żylaków sromu czy to na wargach większych, lub w przedsionku pochwy. Okolica gruczołów Bartholiniego winna być dokładnie obejrzana. Wysokość krocza, blizny po pęknięciu, *carunculae myrtiformes* zetknięcie się warg sromowych względnie wypuklanie się ścian pochwy pozwalają na dokładną orjentację co do przeszłości położniczej osoby badanej.

W przypadkach wczesnej ciąży następuje badanie zestawione po dokładnem odkażeniu rąk badającego oraz okolicy sromu badanej. Badaniem ocenia się kształt części pochwowej (u pierwiastka stożkowaty, u wieloródek walcowaty) oraz ujścia zewnętrznego macicy (okrągłe — poprzecznie szparowate). Bada się kształt i wielkość trzonu macicy (w ciąży kulistość, powiększenie, Hegar I i II, Pisacek i t. d.). W pierwszych tygodniach ciąży rozpoznanie nasunąć może wiele wątpliwości, należy więc zbadać powtórnie pacjentkę po upływie 2—4 tygodni w celu stwierdzenia wzrostu macicy.

W czasie tym nierzadko spotkać się można z objawami poronienia. Są one następujące:

Ciążowe zmiany w macicy, plamienie krwią, okresowe bóle kurczowe, zamknięte ujście i nieskrócona część pochwowa dają rozpoznanie poronienia grożącego.

Te same objawy jednak z rozwarciem ujścia, drożnością szyji dla palca względnie już nawet z sterczącem w ujściu jajem płodowem dadzą rozpoznanie poronienia w toku.

W poronieniu niezupełnem macica traci kulistość, jest miękka, szyja drożna dla palca, którym wyczuwa się resztki, wydzielina zawsze krwawa, zwykle obfita, czasem dochodzi do krwotoku.

We wszystkich tych przypadkach przed postawieniem rozpoznania należy wykluczyć obecność ciąży zamacicznej.

W końcowych okresach ciąży, względnie podczas porodu, przystąpić należy w razie wskazań (przedłużenie się porodu, krwawienie lub krwotok, odejście wód przy nieustalonej części przodującej, podejrzenie na położenie defleksyjne, niepewność co do położenia płodu wogóle i t. p.) do badania wewnętrznego. Badanie to powinno odpowiedzieć na pytania: jak sie zachowują części miękkie kanału rodnego (kształt części pochwowej, jej długość — zanikanie, rozwarcie ujścia). Czy pęcherz płodowy stoi; co jest częścią przodującą, w jakiem znajduje się ona ustawieniu, jaka jest jej wielkość i kształt, jaki jest jej stosunek do miednicy matki (ten ostatni określa się w ten sposób: jeśli palce badające dochodzą do wzgórka kości krzyżowej, — główka znajduje się nad wchodem; jeśli palce dochodzą do kolców kości kulszowej a do wzgórka kości krzyżowej nie dopuszcza ich część przodująca płodu — to jest ona ustalona we wchodzie; przy główce w próżni będącej wyczuć można już tylko od wewnątrz guzy siedzeniowe; główka na wychodzie nie pozwala na wybadanie żadnych szczegółów miednicy kostnej).

Przy główce nieustalonej w przypadkach zwężonej miednicy zmierzyć można sprzeżnę prawdziwą za pomocą instrumentu Bylickiego, lub — co w praktyce łatwiej — sprzężnę przekątną, dotykając czubkiem badającego palca wzgórka kości krzyżowej i zaznaczając u podstawy palca ręki badającej miejsce, w które przypada dolna krawędź spojenia łonowego. W ten sposób oznaczona sprzężna przekątna daje w przybliżeniu długość sprzężnej prawdziwej, jeśli od otrzymanej ilości centymetrów odejmie się 1,5—2 cm.

(ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdanie
ze Zjazdu lokalnego z racji ufundowania Sztandaru
przez Oddział w Częstochowie.

Co może zrobić wytrwałość i zajęcie się gorliwe daną sprawą, wykazał Częstochowski Oddział Związku Akuszerek Rz. Pol. fundując sztandar Związkowy nie z funduszów Oddziału, lecz ze specjalnych na ten cel zebranych składek i ofiar.

Po zatem jeszcze większa zasługa Oddziału Częstochowskiego jest w tem że, umiał w swoim mieście tak się postawić i tak zainteresować swą działalnością całe społeczeństwo Częstochowskie, że w święcie Oddziału uczestniczyły wszystkie warstwy społeczne Częstochowy, władze miasta, przedstawiciele instytucji społecznych przedstawicielki instytucji zawodowych Częstochowskich organizacyj społecznych, oraz Zarządu Gł. Związku Akuszerek Rz. Pol., oraz licznie zebranych Położnych z różnych stron Polski.

Przewidując liczny Zjazd Pań położnych Częstochowski Oddział zapowiedział na następny dzień po poświęceniu sztandaru konferencję zawodową.

Z uznaniem podnieść musimy owocną działalność Przewodniczącej Oddziału Pani Janiny Janusowej, oraz wszystkich Pań, które wraz z nią ponosiły trudy reprezentacji Oddziału i gospodyń podczas całej uroczystości.

Oddział Częstochowski umiał zjednać sobie sympatję kleru, gdyż zarówno zbiórka, jak i następnie obrady odbywały się w sali katedralnej.

Dnia 28 września 1930 roku w mieście Częstochowie, o godzinie 9-ej rano, z sali Katedralnej przy ulicy Narutowicza wyruszył pochód na Jasną Górę ze sztandarami, na mszę świętą, oraz poświęcenie pierwszego sztandaru położnych. Na uroczystej mszy świętej, przed Cudownym Ołtarzem Najświętszej Panny Marji, odprawionej przez przeora OO. Paulinów ojca Piotra Markiewicza, nastąpiło poświęcenie sztandaru. Rodzicami chrzestnymi byli: pani Starościna Kühnowa i pan Dyrektor Warszawskiej Szkoły Położnych Prof. Dr. K. Jasielewicz, pani Doktorowa F. Kędzierska i pan Starosta Kühn, przewodnicząca Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej p. K. Marendowska i pan Dr. Pułk. Mikulski, przewodnicząca Związku Położnych na województwa poznańskie, pomorskie i śląskie E. Świętakowa i pan Radca wojew. Edward Wnęk.

Kazanie okolicznościowe wygłosił ks. prałat Wróblewski, pierwszy

gwóźdź od Ojca Świętego wbił jenerał OO. Paulinów O. Pius Przeździecki, oraz udzielił błogosławieństwa papieskiego.

Pochodem przez miasto z orkiestrą i sztandarami powrócono na salę obrad. Na pamiątkę tej wzniosłej uroczystości zostały zrobione zdjęcia fotograficzne.

Przewodnicząca Związku Częstochowskiego Janusowa, witając Zjazd, zaprosiła na honorowego przewodniczącego Zjazdu dyrektora Warsz. Szkoły Położ. Prof. Dr. Jasielewicza oraz przewodniczącą Zarządu Głównego z Warszawy p. Marendowską, która ze swej strony zaprosiła do prezydjum: pana dr. Łokczewskiego, prezesa Związku Lekarzy w Częstochowie, pana dr. L. Kędzierskiego ordynatora Kliniki w Częstochowie, oraz delegatki — ze Lwowa Aksmanową, z Łodzi Jungową, ze Śląska Obrączkową, z Poznania Świętakową, z Sosnowca Dobrowolską. Na sekretarki: Bussoldową i Seydlową z Warszawy, oraz Kasprzakową z Częstochowy.

Na sali obrad powitali Zjazd: pan Prezydent miasta Dr. Nowak, w imieniu miasta, ofiarowywując gwóźdź do sztandaru, prezes Związku Lekarzy Dr. Łokczewski i Dr. Stefan Kon od Towarzystwa Lekarskiego i pan dr. Szaniawski.

Dyr. Warsz. Szk. Położnych Prof. Dr. Jasielewicz, pan Dr. Kędzierski, ordynator Kliniki Położnych w Częstochowie, pan Dr. Parnawski, lekarz miejski, witając Zjazd z okazji poświęcenia sztandaru życzyli owocnej pracy wytrwania na stanowisku, pełnem poświęcenia i samarytańskiej pracy kobiety Polskiej.

Przewodnicząca Zarządu Głównego Marendowska w przemówieniu swojem zaznaczyła, że „od dzisiejszego dnia, musimy usilniej jak dotąd dbać, ażeby z naszej winy nie było żadnej plamy na sztandarze, ażeby nie musiał ukrywać się w cieniu, lecz przyświecał na równi z innymi sztandarami organizacji kobiecych".

Gwoździe do sztandaru ofiarowali: Zarząd Główny Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej, Związek Cyklistów i Motocyklistów, Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie, Związek niższych funkcjonarjuszów państwowych i Katolicka Liga Kobiet.

Obecne na Zjeździe delegatki w serdecznych słowach witając pierwszy Sztandar położnych, ofiarowywały gwoździe oraz datki pieniężne: Przewodn. ze Śląska Obrączkowa ofiarowała na gwóźdź 50 złotych i przyrzekła przysłanie szarfy do sztandaru. Prez. na poznańskie, pomorskie i śląskie, gwóźdź. Nowakowa z Leszna Poznańskiego 5 złotych, Aksmanowa ze Lwowa 25 złotych, Obierska z Bydgoszczy 20 złotych, Kraskowa

z Odziału Tomaszewskiego 5 zł., Kapitańska z Oddziału Zawierciańskiego 10 zł., Siedlecka z Kółka Lokalnego Odolanów 10 zł., Antonina Hoppe z Radomska 25 zł., Imielowa Bimer ze Skarżyska 5 zł., Aniela Chuchrawska z Poznania 5 zł., Włodarczykówna ze Złotego Potoku 10 zł., Swoboda Kościelna wieś Ujejce 2 zł., właściciele nieruchomości w Częstochowie 20 zł., Marja Drzyzgowa z Szopienic gwóźdź, Łódź obiecała przysłać gwóźdź, razem zebrano na gwoździe 202 złote.

Odczytane zostały na Zjeździe depesze gratulacyjne: od pana Dr. Eberharda, nacz. Wydziału Zdrowia przy Komisarjacie Rządu w Warszawie, od pani Prof. Dr. Markowej i pana Dr. Papée bardzo serdeczny list z Krakowa, od pana Prof. Dr. Michałowicza z Warszawy, od Zarządu Głównego Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej, od pana Dr. Władysława Kühla z Pow. Kasy Chorych w Częstochowie, od pana Prezydenta miasta Częstochowy, od pana Dr. Docenta Uniwer. Poznańskiego Bajońskiego, od pana Dr. Ksawerego Cieszyńskiego z Warszawy od Związku Częstochowskich Felczerów, od pani Dr. Nowakowej życzenia, od Centralnego Związku Kupiectwa Detalicznego Chrześcijan, od Straży Ogniowej Ochotniczej, od Rady Związków Zawodowych w Częstochowie, od pana Dr. Z. Wasilewskiego, od koleżanki Mioduszewskiej z Łomży, od Marji Więskowskiej z Katowic, od Dołowiczowej z Siedlec.

Wpisywaniem się do Złotej Księgi i wbijaniem gwoździ zakończony został pierwszy dzień obrad.

Drugiego dnia w sali Katedralnej rozpoczęła się konferencja z udziałem wszystkich obecnych w Częstochowie pań położnych.

Otwierając konferencję Przewodnicząca Zarządu Głównego p. K. Marendowska zaznaczyła, że obrady mogą nosić li tylko charakter informacyjny w żadnym zaś wypadku obowiązujący, gdyż udział przyjmują członkinie różnych związków, nie mające odpowiednich pełnomocnictw.

Pp. Lekarze, korzystając z obecności swych bezpośrednich pomocnic, zapoznali je z najnowszemi zdobyczami ginekologji, wygłaszając odpowiednie referaty.

Największą bolączką jaka trapiła i ciągle trapi Panie Położne jest brak zabezpieczenia na starość i niezdolność do pracy. Sekretarka Zarządu Głównego p. Cz. Bussoldowa zawiadomiła zebrane, że Zarząd Główny czynił w tym celu starania i oparł się aż o Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, otrzymując odpowiedź, że Panie Położne mają możność zabezpieczyć swoją egzystencję, zapisując się jako do-

browolne członkinie do Zakładu Ubezpieczoń Pracowników Umysłowych, płacąc same całkowitą premję: zaznaczyła równocześnie, że mogą być przyjęte mające poniżej 60 lat wieku, które Komisja Lekarska uzna za zupełnie zdrowe.

Z dobroci ubezpieczenia można korzystać dopiero po 16 kolejnie opłaconych składkach.

Pomiędzy różnorodnemi bolączkami przewijał się wniosek, aby do pracy stałej, jak praca w Kasach Chorych i Instytucjach Komunalnych Miejskich przyjmowane były li tylko członkinie związku. Będzie to możliwe wtedy, gdy Związek swem działaniem nabędzie takiego zaufania u władz instytucji, że będą się one zwracały o wskazanie odpowiednich pracownic. Ma to już miejsce w Warszawie, gdzie do Zarządu Głównego Związku zwracają się instytucje miejskie oraz państwowe o pomoc we wszystkich wypadkach, dotyczących Pań położnych.

Odnośnie sprawy podatku dochodowego wyjaśniono, że w tych wypadkach, gdy w Dzienniku znajduje się kilka lub kilkanaście porodów na rok, zaś płatniczka podatku dochodowego żyje dostatnio, w ładnie urządzonym mieszkaniu i nie może dowieść, że od środków utrzymania płaci lub ma potrącany podatek dochodowy, Komisja Szacunkowa ma prawo nałożyć podatek według swego uznania.

Członkinie związków innych oraz Panie nie należące do żadnych związków, usłyszawszy krótkie sprawozdanie z działalności Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej i przekonawszy się naocznie jakiem poważaniem i szacunkiem cieszą się Panie Położne należące do Związku, wyraziły życzenie, aby w Polsce był tylko jeden związek, oraz postanowiły starać się o otwieranie Oddziałów Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej w miejscach swej pracy.

Po wyczerpaniu tematu obrad, Przewodnicząca Oddziału Częstochowskiego p. Janusowa zaprosiła wszystkich obecnych do ponownego Zjazdu w Częstochowie za lat pięć.

Emka.

Ś. ✝ P.

Marcjanna Kozielska

długoletnia Członkini Zarządu Główn.
Związku Akuszerek Rzplitej Polskiej

zasnęła w Panu dnia 30 września 1930 roku.

W zmarłej tracimy najszlachetniejszą koleżakę
i dobrego człowieka.

Pokój Jej zacnej duszy. ZARZĄD.

W dniu 20/XI-30 r. o godz. 6½ wiecz.
w sali Tow. Eugenicznego
przy ulicy Nowy-Świat Nr. 1

odbędzie się

ZEBRANIE ODDZIAŁU WARSZAWSKIEGO

oraz

ODCZYT P. D-ra ST. MARTYŃSKIEGO

Następne prelekcje
P. D-ra St. Martyńskiego odbędą się
dnia 4/XII r. b. o godz. 8 wiecz.
i dnia 18/XII r. b. o godz. 8 wiecz.

Cena ogłoszeń: 1/1 str. II, III okładk. 100 zł., 1/1 str. IV 120, 1/2 str. 65, 1/4 str. 35, 1/8 str. 20.

Redaktor odpowiedzialny: K. Dąbrowska-Marendowska.
Wydawca: Związek Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej.

Zakłady Graficzne B. Pardecki i S-ka z o. o. Warszawa, Żelazna 56, tel. 322-00 i 516-73.

Zakłady Graficzne B. Pardecki i S-ka z o. o. Warszawa, Żelazna 56, tel. 322-00 i 516-73.

Nr. 8 (38) Warszawa, Grudzień 1930 r. Rok V

PRZEGLĄD AKUSZERYJNY

MIESIĘCZNIK

ORGAN ZWIĄZKU AKUSZEREK RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

ZWIĄZEK JEST CZŁONKIEM MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU AKUSZEREK.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, HOŻA 56 m. 9. Telef. 416-56.
czynna od 5½ — 7½ po poł. Konto w P. K. O. 124-10.

Prenumerata w Warszawie kwartalnie zł. 1.50, na prowincji 2 zł. Numer pojed. 60 gr.
Miesięczna składka członkowska zł. 2. Wpisowe jednorazowo 5 złotych.

TREŚĆ

Redakcja poszukuje następujących numerów „Przeglądu Akuszeryjnego“ № 1/6—1927, 4/28—29. O łaskawe nadesłanie ich do Redakcji uprzejmie prosimy.

Prosimy o uregulowanie zaległych składek członkowskich.

Konto pocztowe Zarządu Głównego Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej jest opatrzone Nr. 12410. Wszelkie składki, prenumeratę i inne należności dla Głównego Zarządu można wpłacić na konto 12410 w najbliższym urzędzie pocztowym.

Na sanatorjum dla koleżanek chorych zostało otwarte konto w P. K. O. Nr. 17055.